

**ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ЕКСТРА ЕРБІСОЛУ ТА
ВІТАМІНУ Е НА ПОКАЗНИКИ АДЕНІЛОВОЇ
СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПЕПТИЧНОЮ
ВИРАЗКОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В
СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ**

М.В. Височин, Л.М. Іванова

Луганський державний медичний університет

Вступ

За даними медичної статистики сучасна медицина все частіше стикається з поєднаним перебігом різноманітних захворювань. Велику частку серед поєднаної патології займає супутній перебіг захворювань травної та бронхолегеневих систем [16]. Одне з найбільш поширених захворювань системи травлення - пептична виразка дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК). Захворювання характеризується виникненням виразкового дефекту в слизовій оболонці, але це не лише локальний деструктивний процес, це - загальне системне захворювання, патогенетичну основу якої складають порушення регулюючих систем організму [12]. Рівень поширеності та захворюваності на хвороби органів травлення в Україні, за період з 1990 по 2000 р. виріс на 50 і 21,8% відповідно. При цьому лише за рік (1999-2000) ПВ ДПК - на 2,6 і 4,6% [4]. Найбільш поширеними причинами, що призводять до розвитку даної патології є: нераціональне харчування позбавлене необхідної кількості вітамінів та мікроелементів; шкідливі звички, а саме куріння та зловживання алкоголем; хронічні стресові ситуації на виробництві і у повсякденному житті, статеві і вікові особливості; генетичні чинники, а також контакт з ксенобіотиками та малими дозами радіоактивної дії [5].

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - об'єднує групу хронічних хвороб органів дихання. Основною

ознакою, по якій формується група ХОЗЛ, - порушення прохідності дихальних шляхів в наслідок незворотної, постійно прогресуючої обструкції бронхів. За 1999-2000 рр. загальна захворюваність органів дихання в Україні зросла на 16,1%, а захворюваність ХОЗЛ - на 3,4%, що становить 236,1 випадку на 100 тис. населення. За даними ВООЗ, до 2020 р. за соціально-економічними витратами ХОЗЛ посядуть 5-те місце у світі. Смертність від цієї патології коливається в межах 250-300 випадків на 100 тис. населення віком 55-84 років [20]. ХОЗЛ не тільки велика медична проблема, це захворювання, яке надає значних економічних збитків. Встановлено, що 73% витрат доводиться на 10% хворих зважким перебігом захворювання. Прямі медичні витрати, особливо в країнах, що розвиваються, менш значущі, чим вплив ХОЗЛ на трудову і побутову активність. Захворювання на ХОЗЛ є результатом дії багатьох факторів, а саме: дія промислових та побутові аерополітантів, погіршення умов навколишнього середовища, а також, нажал, велика кількість курців серед населення різних вікових груп як чоловіків, так і жінок [18]. Найбільш складною за клінічним перебігом та лікуванням є поєднана патологія дихальної та травної систем. Майже у 50% пацієнтів, які перебувають під наглядом гастроентеролога, виявляють поєднані захворювання, а у 6,8% - по 4-5 різних захворювань. Поєднання ХОЗЛ і ПВ ДПК в Україні складає до 45,7% сполученої патології [19].

У наших попередніх дослідженнях було показано, що спільними ланками патогенезу поєднаної патології дихальної та травної систем є порушення фагоцитарної активності моноцитів, накопичення у крові продуктів перекисного окислення ліпідів та "середніх молекул", та доведено ефективність в корекції цих патологічних станів комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е [2,3]. Виходячи з цього, вважаємо доцільним вивчити вплив даної комбінації препаратів на показники аденілової системи у хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалася відповідно до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фраг-

ментом теми НДР "Клініко-патогенетичне обґрунтування використання ербісолу в комплексній терапії хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на фоні пептичної виразки" (№ госреєстрації 0106U010959).

Метою нашого дослідження було вивчення впливу комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е на показники аденілової системи у хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ.

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 76 хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ віком від 29 до 54 років (чоловіків - 67, жінок - 9), розділених на дві групи - основну та групу зіставлення. Усі хворі, які були під наглядом рандомізовалися за віком, статтю, характером ПВ ДПК та тривалістю перебігу ХОЗЛ. Діагноз ПВ ДПК встановлювали згідно наказу МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. за даними комплексного клініко-лабораторного та інструментального дослідження (фіброгастроуденоскопія) [8]. Фазу і стадію ХОЗЛ встановлювали у відповідності до діючих протоколів МОЗ України, враховуючи результати клінічного перебігу та лабораторно-інструментальних даних (спірографія) [9].

У обох групах хворі одержували лікування, відповідне протоколам лікування захворювань травної і бронхолегеневої систем, що ухвалили нині [8,9]. Хворі (39 пацієнтів) основної групи додатково отримували екстра ербісол в дозі 2 мл внутрішньом'язово, щоденно, двічі (вранці та ввечері) на протязі 20 днів та вітамін Е по 100 мг 2 рази на добу на протязі 20 днів.

Вітамін Е - α -токоферол (dl-2,5,7,8-тетраметил-2(4,8,12-триметил-тридецил)-6-ацетоксихроман) жиророзчинний вітамін, маючий високу антиоксидантну і радіопротекторну дію, бере участь у найважливіших процесах клітинного метаболізму [1]. Вітамін Е покращує споживання тканинами кисню. Виявляє ангіопротекторну дію, впливаючи на тонус і проникність судин. Стимуляція Т-клітинного та гуморального імунітету зумовлює імуномодельючий ефект вітаміну Е [21]. Після всмоктування в кишечнику більша частина токоферолу потрапляє в лімфу та кров, швидко розподіляється в тканинах організму з

переважним накопиченням у печінці, м'язах, жировій тканині [11]. Вітамін Е (альфа-токоферол) затверджений Наказом МОЗ України №140 від 17.03.04 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/0717/01/02).

Препарат екстра ербісол містить природні небілкові низькомолекулярні органічні сполуки у комплексі з глікопептидами, нуклеотидами та амінокислотами [6]. Основний імуномодулюючий ефект препарату проявляється, перш за все, через дію на макрофагальну ланку, яка відповідає за репарацію пошкоджених клітин та відновлення функціональної активності органів і тканин, а також через НК-клітини та Т-кілери, які відповідають за знищення ушкоджених клітин, не здатних до регенерації, або аномальних клітин (мутованих, злоякісних, клітин-вірусноносіїв тощо) і тканин. Екстра ербісол підвищує регенеративно-репаративний потенціал тканин, прискорює процес регенерації та репарації при ерозивно-виразкових ураженнях шлунково-кишкового тракту, сприяє загоєнню ушкоджень слизових оболонок шлунка та ДПК. Препарат гальмує процеси перекисного окислення ліпідів, підвищує активність глутатіонзалежної антиоксидантної системи крові, діє мембраностабілізуючи, що визначає терапевтичну ефективність та доцільність його застосування при лікуванні як гострих, так і хронічних захворювань. Засіб не виявляє алергенних і канцерогенних властивостей та кумулятивної токсичності. Екстра ербісол затверджений Наказом МОЗ України № 573 від 18.08.06 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/5036/01/01).

Окрім фізикального, лабораторного і інструментального обстеження також визначали концентрацію аденинових нуклеотидів методом тонкошарової хроматографії на пластинках Silufol [7]. При цьому досліджували вміст в гомогенаті еритроцитів периферичної крові хворих АТФ, АДФ і АМФ після їхньої хроматографії в призматичній камері із системою розчинників діоксан - вода - аміак (6:4:1) із послідовним виміром оптичної щільності

емоатів спектрофотометрично при довжині хвилі 260 нм [10]. Підраховували також показник енергетичного заряду еритрону (ЕЗЕ) як співвідношення: $EZE = AT\Phi / (AD\Phi + AM\Phi)$ [17].

Математичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері Intel Pentium D 2,6 GHz, з використанням відповідних пакетів ліцензійних прикладних програм WindowsXP professional, Microsoft office 2003 [13,14].

Отримані результати і їх обговорення

У всіх обстежених пацієнтів з ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ в клінічній картині простежувалися виражені порушення вегетативної функції (слабкість, стомлюваність, порушення сну, субфебрильна температура при загостренні, пітливість, тахікардія). Порушення з боку травної системи маніфестували больовим абдомінальним синдром. Біль виникала переважно через 1,5-2 години після прийому їжі та у нічні часи. Диспептичний синдром був представлений обкладеністю язика, сухістю та гіркотою в роті, нудотою і печією, а також відчуттям тиску в епігастрії після їжі. Пальпаторно у хворих виявлялися: виражена хворобливість в епігастрії при поверхневій пальпації, захисна м'язова напруга черевної стінки, симптом Менделя. При глибокій пальпації була присутня локальна хворобливість в зоні розташування виразки. За допомогою ендоскопічного дослідження встановлені хронічні виразки ДПК розмірами від 0,6 мм до 2,5-3 см. Аналіз змін дна виразок ДПК дозволив виявити дистрофічні зміни в грануляційній тканині і рубці, що ведуть до хронізації виразки.

Хворі з патологією органів дихання скаржились на задишку при фізичному навантаженні та малопродуктивний, з мізерною кількістю мокроти, кашель вранці. В переважачій більшості випадків мокрота була слизово-гнійна і досить рідко зустрічалася гнійна. Перкуторно з боку бронхолегеневої системи визначалося обмеження рухливості нижнього краю легенів, аускультативно - сухі розсіяні хрипи на тлі жорсткого дихання. Основним критерієм в діагностиці ХОЗЛ було зниження ОФВ1 менш ніж на 80% від належних величин і стабільне його збереження при повторних обстеженнях на тлі те-

рапії. Рентгенологічні ознаки ХОЗЛ - низьке стояння діафрагми, збільшенням об'єму легенів та ретростернального простору, а також вузькою тінню серця.

Біохімічне дослідження до початку лікування в обох групах хворих встановило однотипові зміни вивчених показників аденілової системи, які характеризувалися пониженням вмісту АТФ і компенсаторним підвищенням концентрації - АДФ і АМФ у гомогенаті еритроцитів (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень аденінових нуклеотидів у хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ до початку лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=39)	зіставлення (n=37)	
АТФ, ммоль/л	642±9,0	334±5,2***	341±8,8***	>0,05
АДФ, ммоль/л	232±6,2	371±6,7**	362±7,2**	>0,05
АМФ, ммоль/л	53,5±2,6	152±6,3***	141±5,1***	>0,1
ЕЗЕ	2,25±0,1	0,64±0,02***	0,68±0,03***	>0,05

Примітки: у таблицях 1-2 вірогідність різниці вирахована між показниками до і після лікування у кожній групі при P* - <0,05; ** - <0,01, *** - <0,001; P - вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

До початку лікування значення вмісту АТФ в крові хворих основної групи було у середньому в 1,91 разів нижче показника норми (642±9,0 ммоль/л) і складало 334±5,2 ммоль/л (P<0,001). Вміст АДФ був в 1,6 разів вище відповідного показника норми (232±6,2 ммоль/л) та складав 371±6,7 ммоль/л (P<0,01). Рівень АМФ також був підвищеним в середньому в 2,84 рази у порівнянні з нормою (53,5±2,6 ммоль/л) і сягав 152±6,3 ммоль/л (P<0,001). Показник ЕЗЕ до початку лікування в основній групі становив 0,64 ±0,02 (P<0,001), що в середньому в 3,51 рази нижче відповідного показника норми (2,25±0,1).

В групі зіставлення вміст АТФ у гомогенаті еритроцитів дорівнював 341±8,8 ммоль/л (P<0,001), що було в 1,88 разів нижче за норму. Рівень АДФ при цьому був вище відповідного показника норми в 1,6 рази (P<0,01) та складав 362±7,2

ммоль/л. Вміст АМФ сягав 141±5,1 ммоль/л, що було в 2,6 разів вище за норму (P<0,001). Показник ЕЗЕ до початку лікування в групі зіставлення становив 0,68±0,03, що в середньому в 3,31 рази нижче відповідного показника норми (P<0,001). Отже, в обох групах обстежених до початку лікування були практично однакові порушення з боку показників аденілової системи (P>0,05-0,1), що свідчить про однотиповість даних груп в клінічному та біохімічному плані.

Отримані данні свідчать про суттєве зниження рівня АТФ у гомогенаті еритроцитів на фоні значного підвищення концентрації АМФ і АДФ. Найбільш вірогідно, це пов'язано, з одного боку, підвищенням енергетичних потреб організму в головній енергетичній субстанції, а іншого - порушенням ресинтезу АТФ з ді- та монофосфатних форм в організмі хворих [15]. У цілому отримані результати підтверджують наявність у хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ клініко-біохімічного синдрому гіпоенергетизму і падіння у них енергетичного потенціалу організму.

Після завершення основного курсу лікування з включенням комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е встановлена позитивна динаміка показників аденінових нуклеотидів, як в основній групі хворих, так і в групі зіставлення (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень аденінових нуклеотидів у хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ після завершення лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=39)	зіставлення (n=37)	
АТФ, ммоль/л	642±9,0	628±8,5	483±8,9**	<0,01
АДФ, ммоль/л	232±6,2	241±6,3	298±7,1*	<0,05
АМФ, ммоль/л	53,5±2,6	61,2±3,3	89,7±5,4*	<0,05
ЕЗЕ	2,25±0,1	2,08±0,08	1,25±0,06***	<0,01

У хворих основної групи вміст АТФ складав 628±8,5 ммоль/л (P>0,05) і підвищився по відношенню до вихідного рівня у середньому в 1,9 рази та досягнув нижньої межі норми. Показник АДФ складав 241±6,3 ммоль/л (P>0,05), що

було нижчим в 1,53 рази початкового показника та відповідало верхньої межі норми. Вміст АМФ в гомогенаті еритроцитів по відношенню до вихідного показника знизився в 2,5 рази та склав $61,2 \pm 3,3$ ммоль/л ($P > 0,05$), що практично відповідало верхній межі норми. Показник ЕЗЕ у порівнянні з вихідним значенням збільшився в середньому в 3,25 рази та досяг $2,08 \pm 0,08$.

В групі зіставлення, хворі якої отримували лише загальноприйнятну терапію, також була відмічена позитивна динаміка аденінових нуклеотидів, але менше виражена у порівнянні з основною групою. Рівень АТФ у хворих групи зіставлення виріс в середньому в 1,4 рази по відношенню до вихідного показника, але залишався в 1,3 рази нижче норми ($P < 0,01$) та в 1,3 рази відповідного показника основної групи ($P < 0,01$), дорівнюючи $483 \pm 8,9$ ммоль/л. Вміст АДФ знизився стосовно початкового значення в 1,2 рази і склав $298 \pm 7,1$ ммоль/л, але залишався вищим за норму у середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$) та показник основної групи - в 1,2 рази ($P < 0,05$). Концентрація АМФ у групі зіставлення зменшилася в середньому в 1,6 рази відносно вихідного значення і складала $89,7 \pm 5,4$ ммоль/л, що було в 1,5 разів вище за норму ($P < 0,05$) та в 1,5 рази - показника основної групи ($P < 0,05$). Кратність зростання показника ЕЗЕ відносно початкового значення становила 1,8 рази і він склав $1,25 \pm 0,06$, але це залишалось в 1,8 рази нижче норми ($P < 0,01$) та в 1,7 разів нижче показника основної групи.

Виходячи із отриманих результатів, встановлено позитивний вплив комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е на показники аденілової системи хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ, а саме: суттєве покращення, та в більшості випадків нормалізація стану аденілової системи. Тому можна вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним та перспективним включення комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е до комплексу лікування хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ.

Висновки

1. Патологія травної та бронхолегеневої систем у вигляді ПВ ДПК та ХОЗЛ характеризувалася з боку травної системи: больовим абдомінальним та диспептичним синдромом, вираже-

на хворобливість в епігастрії при поверхневій пальпації, ендоскопічно - хронічними виразками ДПК розмірами від 0,6 мм до 2,5-3 см; патологія органів дихання - задишкою при фізичному навантаженні, кашлем вранці, обмеженням рухливості нижнього краю легенів, аускультативно - сухими розсіяними хрипами та зниженням ОФВ1 менш ніж на 80%.

2. До початку лікування в обох групах хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ були однотипові зміни вивчених показників аденілової системи, які характеризувалися пониженням вмісту АТФ та підвищенням концентрації АДФ і АМФ. Отримані результати свідчать про наявність у хворих клініко-біохімічного синдрому гіпоенергетизму і падіння у них енергетичного потенціалу організму.

3. Включення комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е до комплексу лікувальних заходів у хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ сприяє вираженій позитивній динаміці та навіть нормалізації показників аденілової системи, а саме: забезпечує підвищення вмісту АТФ та одночасно зниження до нормального значення концентрації АДФ та АМФ і зросту показника ЕЗЕ.

4. Виходячи із отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним та перспективним включення комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е до комплексу лікування та медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК в сполученні з ХОЗЛ.

5. Надалі вважаємо доцільним дослідити вплив вище вказаної комбінації препаратів на стан імунітету у хворих з даною коморбідною патологією.

Література

1. Вітамін Е (атокоферолу ацетату): інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена Наказом МОЗ України № 140 від 17.03.04 р.

2. Височин М.В., Іванова Л.М. Динаміка показників перекисного окислення ліпідів та вмісту "середніх молекул"

у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень в сполученні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки при застосуванні комбінації екстра ербісолу та альфа-токоферолу (вітаміну Е) // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вип. 1-2 (76-77). - С. 355-365.

3. Височин М.В., Іванова Л.М. Показники фагоцитарної активності моноцитів при лікуванні комбінацією екстра ербісолу та альфа-токоферолу (вітаміну Е) у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень в сполученні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки // Український медичний альманах. - 2008. - Т. 11, № 5. - С. 32-36.

4. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // Сучасна гастроентерол. і гепатол. - 2000. - № 1. - С. 17-20.

5. Гаргоненко Н. Особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Врач. - 2006. - № 4. - С. 34-37.

6. Екстра ЕРБІСОЛ: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена Наказом МОЗ України № 573 від 18.08.06 р.

7. Захарова Н.Б., Рубин В.И. Тонкослойная хроматография нуклеотидов эритроцитов на пластинках Силуфол // Лабораторное дело. - 1980. - № 12. - С. 735-738.

8. Інструкція Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія" / Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05 р. - С. 45-48.

9. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування хронічних обструктивних захворювань легень / Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07 р. - С. 66-88.

10. Комаров Ф.И. Биохимические исследования в клинике. - М.: Медпресс-информ, 2003. - 168 с.

11. Компендіум 2007 - лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. - Киев: Моріон, 2007. - С. Л-306.

12. Корнилова Л.С., Жук Е.Г., Никитин Г.А. Процессы цикличности в течении язвенной болезни // Клинич. меди-

цина. - 2002. - № 10. - С. 39-43.

13. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев: Моріон, 2000. - 320 с.

14. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. - Киев: Моріон, 2002. - 160 с.

15. Мушкамбаров Н.Н. Метаболизм: структурно-химический и термодинамический анализ. В 3-х томах. - Т. 2. Обмен углеводов и энергетический метаболизм. - М.: Химия, 1998. - 2-е изд. - С. 345 - 652.

16. Рапопорт С.И., Жерникова Н.И., Процаев К.И. и др. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: морфофункциональные, нейроэндокринные и клинические параллели // Клиническая медицина. - 2008. - № 5. - С. 28-30.

17. Рубин В.И., Захарова Н.Б., Целик Н.И. Обмен адениловых нуклеотидов и методы его исследования: Методическое пособие для врачей-лаборантов. - 2-е изд. - Саратов, 1992. - 32 с.

18. Феценко Ю., Гаврилюк В. Хронические обструктивные заболевания легких: классификация, диагностика, лечение // Ліки України. - 2004. - № 7-8. - С. 22-25.

19. Філіпов Ю.О., Шмігель З.М., Котельнікова Г.П. Рівень поширеності і захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих, дітей та підлітків // Гастроентерологія. - 2001. - Вип. 32. - С. 3-6.

20. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. - WHO, 2002. - 200 p.

21. Stephens N.G., Parsons A., Schofield P.M., et al. Randomised controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease: Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS) // Lancet. - 1996. - № 347. - P. 781-789.

Резюме

Височин М.В., Іванова Л.М. Вплив комбінації екстра ербісолу та вітаміну Е на показники аденілової системи у хворих з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень.

В статті наведені результати дослідження рівня аденинових нуклеотидів у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень. Включення комбінації екстра ербісолу і вітаміну Е в комплекс загальноприйнятої терапії сприяло відновленню вмісту АТФ у крові та ліквідацією дисбалансу АДФ та АМФ.

Ключові слова: пептична виразка дванадцятипалої кишки, хронічне обструктивне захворювання легень, аденинові нуклеотиди, екстра ербісол, вітамін Е, лікування.

Резюме

Высочин М.В., Иванова Л.Н. Влияние комбинации экстра эрбисола и витамина Е на показатели адениловой системы у больных с пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких.

В статье приведены результаты исследования уровня адениновых нуклеотидов у больных пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких. Включение комбинации экстра эрбисола и витамина Е в комплекс общепринятой терапии обусловило восстановление содержания АТФ в крови и ликвидацией дисбаланса АДФ и АМФ.

Ключевые слова: пептическая язва двенадцатиперстной кишки, хроническое обструктивное заболевание легких, адениновые нуклеотиды, экстра эрбисол, витамин Е, лечение.

Summary

Vysochin M.V., Ivanova L.N. Influence of combination of extra erbisol and vitamin E on the indexes of the adenylic system at patients with the peptic ulcer of duodenum in combination with chronic obstructive lung disease.

In the article influence results of research of level of adeninenucleotides for patients by the peptic ulcer of duodenum in combination with chronic obstructive lung disease. Inclusion of a combination of extra erbisol and vitamin E in a complex of the standard therapy has caused restoration of contents ATP in blood and normalisation ADP and AMP.

Key words: peptic ulcer of duodenum, chronic obstructive lung disease, adenine nucleotides, extra erbisol, vitamin E, treatment.

УДК 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ, ПОЄДНАНОГО З АЛЕРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, М.О. Пересадін

Національна медична академія післядипломної освіти
(Київ)

Луганський державний медичний університет

Луганський інститут труда и социальных технологий

Синдром хронічної втоми (СХВ) клінічно характеризується поєднанням поліморфних астеничних, субдепресивних, неврас-тенічних, нейроциркуляторних розладів. Він часто виникає після перенесеної вірусної або вірусно-бактеріальної інфекції (ангіна, ГРВІ) і тому на перших етапах його дослідження СХВ часто найменували "післяінфекційним синдромом хронічної втоми". Початково увага дослідників до цього нового на той час патологічного стану було пов'язано із виникненням епідемії СХВ у першій половині 80-х років у США в курортній місцевості близько озера Тахо (Тахо), яке знаходиться на кордоні штатів Каліфорнія і Невада. Ця епідемія нового, на той час невідомого, захворювання охопила декілька тисяч осіб молодого, найбільш працездатного віку, особливо жінок, які хворіли на СХВ у 8 - 10 раз частіше, ніж чоловіки. У той час було встановлено, що при СХВ мають місце дві групи симптомів, по-перше, ті, які характерні для хронічної інфекційної хвороби (субфебрилітет, збільшення та чутливість окремих груп лімфатичних вузлів, загальнотоксичний синдром) та, по-друге, симптомокомплекс, який характерний для межової нервово-психічної патології (підвищена слабкість, хронічна втома, яка не проходить після відпочинку, дратівливість тощо). Вельми важливим аспектом цієї патології є те, що СХВ має тенденцію до прогресування, причому, за даними американських авторів, які спостерігали епідемію СХВ на озері Тахо,